

UNIVERSITE DE PARIS VI
FACULTE DE MEDECINE PITIE-SALPETRIERE

Année 1975

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'état)

PAR

BENOUAICH PINHAS-FELIX

Né le 17 Octobre 1945 à Mazagan (Maroc)

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**ECOULEMENTS UNILATERAUX
DU MAMELON**

Président : M. ROBERT Henry, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE PARIS VI
FACULTE DE MEDECINE PITIE-SALPETRIERE

Année 1975

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

BENOUAICH PINHAS-FELIX

Né le 17 Octobre 1945 à Mazagan (Maroc)

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

ECOULEMENTS UNILATERAUX
DU MAMELON

Président : M. ROBERT Henry, Professeur



A notre Maître, Monsieur le Professeur ROBERT Henry, Guy

Professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Paris VI

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

qui nous fait le grand honneur
de présider cette thèse

Avec notre respectueux hommage
et toute notre reconnaissance

A Monsieur le Docteur Jean BLONDON

Assistant des Hôpitaux de Paris

Chef de clinique chirurgicale et gynécologique

qui m'a confié le sujet de cette thèse

qu'il me soit permis de le remercier
pour son aide et ses conseils

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur PAYET

Monsieur le Professeur DECROIX

Monsieur le Professeur LEBEAU

Monsieur le Professeur CERNEA

Monsieur le Professeur RAMBERT

Monsieur le Professeur HUGUIER

Monsieur le Docteur LEGROS

Monsieur le Docteur CRIMAIL

Monsieur le Docteur LEROY

avec mon respectueux souvenir
et mes remerciements
pour leur enseignement

Qu'il me soit permis de remercier

Monsieur le Docteur WOLINETZ

Monsieur le Docteur SZPIRGLAS

Monsieur le Professeur THERVET

Monsieur le Docteur POULET

Monsieur le Docteur LEVY

pour la compréhension et
l'aide qu'ils m'ont apportées
durant mes stages hospitaliers

A Mademoiselle le Docteur JEANGUYOT

qui m'a permis à un moment difficile de mon existence d'entreprendre
mes études médicales,

avec toute ma reconnaissance

A la mémoire de ma mère et de mon père

A ma grand-mère maternelle AZRAN Alice (in memoriam)
qui a su à la mort de mes parents en 1951 garder la famille unie

Tu seras toujours présente dans mon cœur

A ma sœur Simone

A mon frère Simon

A mon jeune frère Albert

A mon frère aîné Henri

qui m'a aidé, guidé dans mes études et dans ma vie
qu'il me soit permis ici de lui exprimer toute ma gratitude
bien faible témoignage de l'affection fraternelle et de ma profonde
reconnaissance

et à leur famille

A ma femme MONIQUE

A ma fille DEBORAH

Avec tout mon Amour

INTRODUCTION

L'Ecoulement par le mamelon, symptôme alarmant pour la malade et qui l'amène le plus souvent à consulter rapidement, a toujours laissé médecins et chirurgiens hésitants devant la conduite thérapeutique.

En parcourant les publications sur les Ecoulements du sein, on est frappé par l'importance et la discordance des opinions émises quant à leur signification clinique et de là à leur sanction thérapeutique.

Ces hésitations, ces différences nous ont incités à nous pencher et à étudier les cas d'Ecoulements par le mamelon suivis à la Clinique chirurgicale et gynécologique, Centre Broca.

Nous ne considérons dans cette étude que : les Ecoulements Unilatéraux, sanglants, séreux, séro-sanglants ou colorés, avec ou sans Tumeur palpable.

Nous verrons toute l'importance de l'existence ou non d'une tuméfaction associée à cet écoulement.

Nous éliminons de cette étude les grosses lésions du sein où l'écoulement n'est qu'un épiphénomène.

Pour tenter de clarifier cette étude sur les écoulements, nous rappellerons l'Anatomie de la glande mammaire, l'Anatomopathologie des lésions galactophoriques, puis l'Aspect clinique, ainsi que les investigations complémentaires qui n'ont cessé de se développer durant ces vingt dernières années, nécessitant des spécialistes entraînés, et enfin nous donnerons les indications thérapeutiques.

HISTORIQUE

L'Écoulement par le mamelon est connu depuis fort longtemps, l'Écoulement sanglant a été même considéré dans l'antiquité comme un événement diabolique.

Jusqu'à la moitié du 19^e siècle un grand nombre de cas fut décrit, mais les explications en demeuraient fort obscures.

Puis pendant la seconde moitié du 19^e siècle les explications seront « plus médicales » quoique floues, avec :

— Richard, Velpeau, qui voient la cause des écoulements dans les tumeurs développées dans le Tissu Mammaire.

— Cornil et Ranvier, eux, retrouvent des lésions papillaires intra-canaliculaires et imposent une notion de malignité.

En 1928, Lecène et Galtier insistent sur l'opportunité d'une chirurgie conservatrice, les tumeurs intra-canaliculaires responsables de l'écoulement sont souvent bénignes, évoluant rarement vers la malignité.

Depuis, cette notion de bénignité habituelle a partout prévalu.

— En France avec Moulonguet et Rousset, Tailhefer et Pilleron, Redon et Mercier.

— En Allemagne avec Knolfach et Urban.

— Dans les pays anglo-saxons avec Adair, Fitts et Horn, Leis et Campbell.

Les divergences sur la conduite à tenir devant cet écoulement sont aussi nombreuses :

Nous citerons :

— Leis, Parsons, Campbell qui font une excision locale avec contrôle biopsique et referment si la lésion est bénigne.

— Gray et Wood, Madalin, qui font une mammectomie d'emblée.

Enfin une dernière notion basée sur l'expérience du Professeur Robert « L'Ecoulement anormal est noté avec une fréquence insolite dans les antécédents lointains de femmes opérées du Cancer du Sein ».

ANATOMIE

Les seins sont des organes glanduleux, pairs, destinés à sécréter un lait adapté à la nutrition du nouveau-né. Ils sont aussi des récepteurs neuro-humoraux, et ont un rôle plastique et sexuel.

La glande mammaire est exclusivement d'origine ectodermique.

Au 4^e mois de la vie intra-utérine, apparaît la première ébauche du mamelon.

Vers le 6^e mois, les cordons épithéliaux donnent les canaux galactophores qui commencent à se développer.

A la naissance le nouveau-né présente tout juste une dichotomie de ses canaux galactophores en canaux interlobulaires.

La surface extérieure de la Mamelle présente 3 zones :

- la zone périphérique ;
- la zone moyenne ou Aréole ;
- la zone centrale ou Mamelon de forme cylindrique ou conique. Sur son sommet se voient 12 à 20 orifices qui sont les embouchures des canaux galactophores.

Selon Rouvière :

« La glande mammaire se compose de plusieurs glandes indépendantes les unes des autres, au nombre de dix à vingt, chacune d'elle constitue un lobe.

Chaque lobe représente une glande en grappes, qui se divise en lobules et en acini. Chaque lobe possède un canal excréteur ou canal galactophore dans lequel se jettent les canaux provenant des lobules.

Les canaux galactophores en nombre égal à celui des lobes, se dirigent par un trajet sinueux vers le mamelon. Ils présentent avant de s'engager dans le mamelon une dilatation longue de 1 cm à 1,5 cm et large de 0,5 cm, appelée sinus ou ampoule galactophore. Au-delà du sinus, les canaux galactophores se dirigent en droite ligne vers le sommet du mamelon où ils s'ouvrent par les pores galactophores.

HISTOLOGIE

Si on examine les galactophores à partir de leur ouverture dans le mamelon, on constate l'existence d'une dilatation ampulaire.

Ce galactophore principal donne rapidement des galactophores secondaires courts et rectilignes qui aboutissent dans le lobule fonctionnel. Là chaque galactophore intralobulaire se résout en une série de tubules se terminant en cul-de-sac.

Ces galactophores sont inclus dans un tissu conjonctif lâche.

Les Lésions Anatomiques

Les écoulements du mamelon sont l'expression d'une lésion qui siège dans un galactophore de grand calibre ou dans un galactophore interlobulaire haut situé.

Les lésions intéressent un système galactophorique mais il est nécessaire de faire une exérèse large car on trouve parfois deux, voire trois, grands galactophores pathologiques.

Le galactophore est dilaté surtout dans sa partie terminale, sous-aréolaire, mais quand les lésions sont étendues, on retrouve cette dilatation jusqu'à l'origine du galactophore.

L'exérèse est élargie selon l'importance de la lésion emportant le plus souvent le tissu glandulaire adjacent au système galactophorique, on peut remarquer parfois des tumeurs villeuses friables qui font issues par la lumière galactophorique.

La pièce d'exérèse a la forme d'un tronc de cône dont le sommet est au mamelon. Son étude histologique est impérative, elle permet de classer les lésions.

1 - L'Ectasie

étendue au galactophore prélevé, qui est béant, contenant une sérosité hémorragique.

Parfois les galactophores sont discrètement végétants.

2 - Adénome dendritique intra-canaliculaire

prend naissance au niveau de la division d'un grand galactophore et se développe dans le galactophore.

Les végétations qui emplissent la lumière proviennent de la paroi du galactophore et possèdent donc :

- un axe conjonctivo-vasculaire central
- une double couche cellulaire.
 - épithéliale cylindrique
 - myoépithéliale.

Cet aspect cytologique est bénin.

On peut rencontrer un papillome unique ou des végétations multiples de taille variable.

3 - Papillomatose diffuse

Les galactophores ont par endroit un aspect hyperplasique, par ailleurs l'aspect d'un adénome dendritique. Au maximum toutes les lumières galactophoriques sont comblées de végétations. Mais on ne note aucune anomalie cytologique, et les parois galactophoriques sont respectées.

4 - Lésion néoplasique non invasive

Epithélioma papillaire intra-galactophorique pur, avec ses anomalies cytologiques, mitoses anormales, comparable à un cancer « in situ ».

5 - Epithélioma papillaire invasif, intra et extra-galactophorique

Il existe une infiltration du tissu mammaire tout particulièrement le long des galactophores et ce après effondrement des parois du canal. Un type particulier les carcinomes en rognon ou comédocarcinomes qui sont faits de nappes de cellules monomorphes qui remplissent la lumière des galactophores interlobulaires. La lumière distendue est remplie par des cellules à noyau chromatique, à cytoplasme très mince. Le plus souvent dans les formes pleines, la zone centrale subit une nécrose massive où se précipitent des sels calcaires révélés par la mammographie. Puis après effondrement des parois du canal il y a infiltration dans le Tissue voisin.

Dans une publication, Orcel note l'importance du siège des lésions papillomateuses. Selon Orcel, les lésions qui siègent à proximité du mamelon sont plus volontiers bénignes que les lésions distales.

CLINIQUE

Le terme Ecoulement du Mamelon est réservé à l'apparition spontanée ou provoquée d'un liquide anormal par sa nature et quelque soit le moment de son apparition, ou anormal par son apparition.

La survenue d'un écoulement même minime chez une femme, inquiète précocement et amène le plus souvent à consulter rapidement, ce qui explique le faible pourcentage de tumeur associée à un écoulement (67 cas seulement à la Fondation Curie de 1956 à 1970).

L'Ecoulement s'est presque toujours révélé spontanément : tache sur le soutien-gorge. Il est unilatéral, dans notre étude nous notons :

11 écoulements sanglants : 55 %

5 écoulements séreux : 25 %

4 écoulements colorés : 20 %.

En réunissant les statistiques de 4 Centres Anticancéreux, le Professeur Robert a noté sur 181 Ecoulements :

101 séreux : 55,8 %

71 sanglants ou séro-sanglants : 39,2 %

9 colorés : 05 %.

L'examen d'une femme consultant pour un Ecoulement par le mamelon est le même que pour une toute autre lésion mammaire.

L'interrogatoire

— précisera l'âge, les antécédents gynécologiques, obstétricaux, endocrinologiques,

— notera les traitements reçus (hormonal mâle, oestro-progestatifs ou mixte, les neuroleptiques), le mode de début, la durée d'évolution et les modifications éventuelles de l'écoulement.

L'écoulement est intermittent, capricieux, variable, pas toujours retrouvé lors du premier examen, il faudra donc revoir la malade.

L'âge est relativement peu important, toutefois on peut noter une fréquence relativement élevée de l'écoulement chez les femmes ménopausées ou en cours de ménopause (de 55 % à 70 % des cas).

La parité ne semble jouer aucun rôle.

L'examen clinique se fait en position debout, puis en position couchée, il est toujours comparatif.

Parfois dès l'inspection, le pore galactophore intéressé est repéré par un minime caillot.

Dans notre étude, il n'existe pas de cancers évidents et pas de lésions cutanées ni de déformations importantes du sein.

Il faut ensuite localiser le ou les pores par où se fait l'écoulement, pour cela il faut provoquer l'écoulement, après avoir nettoyé et séché le mamelon, par expression douce de chaque quadrant du sein. On précise ainsi la zone de la glande dont la pression provoque l'écoulement, zone qu'il faudra noter sur un schéma. La traite sera très progressive.

La palpation très minutieuse recherche une tumeur dont on notera la taille, le siège, le plus souvent rétro ou péri-aréolaire, à reporter sur le schéma.

Rechercher aussi des adénopathies dans les territoires satellites, et faire un examen gynécologique et somatique complet.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Les examens complémentaires n'ont cessé de se développer ces dernières années. Ils nécessitent de plus en plus une technique rigoureuse, des spécialistes entraînés.

Ils sont au nombre de trois à faire toujours dans le même ordre.

1 - Cytologie

Tout écoulement du mamelon doit être l'objet d'une étude cytologique.

Il faut faire un minimum de deux lames, utiliser un vernis fixateur.

Cet examen n'est valable que si :

- le prélèvement est correct,
- le cytologiste est expérimenté.

Les résultats cytologiques :

A) Galactophorites Ectasiantes

Frottis pauvre, avec hématies entraînant comme diagnostic une lésion hémorragique sans desquamation tumorale. Mais les Faux Négatifs sont nombreux.

B) Mastoses

Il existe de nombreuses cellules spumeuses, caractéristiques à l'état pur.

C) Papillome intra-canaliculaire

Le frottis montre de nombreuses cellules épithéliales isolées ou en amas. L'étude des caractères de ces cellules oriente le diagnostic.

— Les noyaux ont une taille régulière, pas d'inversion du rapport nucléoplasmatique, l'impression est à la bénignité.

— Les noyaux sont très chromatiques avec une taille irrégulière et des modifications du rapport nucléoplasmatique on peut affirmer une lésion cancéreuse.

Enfin les cas douteux, les cellules épithéliales sont plus ou moins nécrosées, leur aspect ne permet pas de trancher entre bénignité et malignité.

2 - Mammographie

Le plus souvent négative, mais à faire toujours, car elle peut permettre la découverte de cancer sans traduction clinique aucune, et ce tout particulièrement dans le sein controlatéral. Elle peut montrer des calcifications dessinant une partie de la rainure galactophorique, ceci se voit surtout dans les Comédo-Carcinomes dans les formes pleines (la zone centrale subit une nécrose où se précipitent des sels calcaires).

3 - Galactographie

Ce n'est pas un examen facile, mais il fournit les éléments positifs du diagnostic radiologique.

C'est un acte de professionnel qui nécessite une technique parfaite, une asepsie rigoureuse et un sérieux entraînement pour l'interprétation.

En règle générale, assez bien supportée, peu douloureuse mais pas toujours réalisable en raison de la pusillanimité de certaines malades, ou de l'impossibilité du cathétérisme. Outre la symptomatologie radiologique, la galactographie nous fournit des renseignements topographiques importants. Mais il faut savoir que :

— si la cytologie donne essentiellement des Faux Négatifs, la galactographie donne par contre surtout des Faux Positifs ;

— l'injection d'un galactophore ne peut se faire que si le pore est suffisamment dilaté.

OBSERVATIONS ET ETUDE STATISTIQUE

De 1967 à 1974, vingt malades ont été hospitalisées au Centre Broca pour Ecoulement unilatéral par le mamelon.

Obs. N° 1

Madame P..., 59 ans, sans enfant, consulte en avril 1966, un mois après l'apparition d'un écoulement sanglant par un seul pore du sein gauche s'accompagnant d'une petite tuméfaction dure.

Cette malade avait été, 7 mois auparavant, opérée pour une Tumeur du quadrant inféro-externe du Sein Droit (Halstead avec curage mammaire interne).

Les examens complémentaires évoquent un Adéno-Carcinome.

La malade refuse l'amputation, on ne pratique que l'ablation du canal galactophore et une cobalthérapie.

Ex. Histo : Epithélioma Intra et Extra Galactophorique. Devant l'échec du Cobalt, la malade accepte Halstead en juin 1967.

Malade non revue depuis février 1970.

Obs. N° 2

Madame T..., 47 ans, quatre enfants, consulte 6 mois après l'apparition d'un Ecoulement Sanglant du Mamelon Droit, plus important avant les règles. Il existe un placard induré de l'aréole droite.

A noter l'Ecoulement était Blanc depuis 15 ans.

Galacto : Canaux irréguliers, dilatés et petits nodules intragalactophoriques. Suspect.

8.11.67 : résection large du Tissu Anormal.

Histo : Végétations très actives et très suspectes avec début d'invasion.

On complète le traitement par Irradiation Externe puis le 19.6.68 : Halstead à Droite, de prudence.

Histo : Epithelioma intra galactophorique.

Malade revue en janvier 1974 en parfaite santé.

Obs. N° 3

Madame L..., 45 ans, consulte 6 mois après l'apparition d'un écoulement jaunâtre du mamelon gauche. La palpation trouve une petite tuméfaction dont la pression fait sourdre un liquide jaunâtre.

28.01.69 : Exérèse d'une tumeur Papillaire du sein gauche.

Ex. Histo : Papillome Endocavitaire très actif. Suspect.

A titre préventif : Mammectomie totale du sein gauche et Prothèse de cronin silicoune (par Morel Facio).

Obs. N° 4

Madame B..., 60 ans, consulte pour un Ecoulement Sanglant du mamelon gauche, sans autre anomalie.

Galacto : petite cavité retro mamelonnaire, régulière.

10.10.69 : Biopsie Exérèse.

Histo : Ectasie galactophorique.

Obs. N° 5

Madame G..., 23 ans, consulte pour un Ecoulement Séreux du mamelon droit apparu quelques jours avant, s'accompagnant d'une tuméfaction superficielle, plus importante et plus douloureuse pendant les règles.

18.11.69 : Ablation par la coque d'un Fibro Adénome intra canalaire.

Obs. N° 6

Madame Bisc..., 61 ans, ménopausée à 52 ans, consulte en mars 1970 pour un Ecoulement Sanglant, apparu depuis 8 jours, du mamelon droit. L'Examen retrouve une tumeur péri-aréolaire externe.

13.5.70 : Incision hémi-péri-aréolaire externe, on ne retrouve pas la tuméfaction.

Ablation de la terminaison de tous les galactophores et resection de la zone glandulaire allant en profondeur jusqu'au retro-mammaire.

Ex. Extemporaneé : très difficile à interpréter. On décide de ne pas faire une intervention élargie.

Ex. Histo : « Canal Galactophorique sans transformation mais hypertrophie épithéliale, à côté de ce canal il existe une lésion de 500 microns, considérée comme très suspecte de transformation néoplasique ».

Depuis surveillance régulière.

Fin octobre 1972 : apparition d'une Tumeur de 1 cm à 10 H du sein droit.

Mammographie, Thermographie et Cyto-Ponction sont rassurantes. Un Frottis de juin 1973 suspecte un Cancer.

8.06.73 (soit 3 ans après la première intervention) on pratique un Halstead droit.

Ex. Histo. : Foyers carcinomateux, il existe une composante galactophorique, aucune métastase ganglionnaire.

L'Evolution à ce jour est bonne.

Obs. N° 7

Madame C..., 37 ans, consulte pour un écoulement séreux par un seul pore du mamelon droit depuis 8 mois.

19.11.70 : dissection du galactophore par incision radiée se terminant en raquette, Ablation du cône glandulaire afférent. Dans le galactophore dilaté existe un papillome qui est du volume d'un petit pois moyen.

Ex. Histo : Papillome intra-canalair. Non suspect.

3.10.73 : Malade revue 6 mois après l'apparition d'un nouvel écoulement citrin du mamelon droit.

Cytologie : Ectasie galactophorique sécrétante.

Obs. N° 8

Madame L..., 37 ans, quatre enfants, consulte 6 mois après l'apparition d'un écoulement sanglant du mamelon droit, à la suite d'un traumatisme bénin.

Cytologie : Ectasie Galactophorique sécrétante.

Galacto : Papillome assez volumineux intra canaliculaire.

27.5.70 : Exérèse.

Ex. Histo : Adénome dendritique.

Obs. N° 9

Madame R..., 44 ans, sous ARTANE et VALIUM 5 mais pas de neuroleptiques, consulte 2 ans après l'apparition d'un écoulement séreux du mamelon droit.

Galacto : Papillome intra-galactophorique.

3.6.70 : Ablation du galactophore et de la glande afférente.

Ex. histo : Adénome dendritique.

Obs. N° 10

Madame M..., 69 ans, consulte pour un écoulement du mamelon gauche, Blanc depuis 20 ans, Sanglant depuis 4 mois.

6.7.71 : repérage du galactophore saignant. Dissection et resection du cône de glande afférant.

Ex. Histo : Ectasie Galactrophique Secrétante.

Obs. N° 11

Madame Bar..., 44 ans, en période ménopausique présente par intermittence un écoulement sanglant par un pore et latescent par un autre pore du mamelon droit.

L'examen clinique ne révèle aucune autre anomalie.

Cytologie : Ectasie Galactophorique.

Galacto : Papillomatose intra ductale, l'impression est à la benignité.

20.07.71 : Mammectomie partielle.

Ex. Histo : Carcinome intra galactophorique et invasif très limité.

29.07.71 : Halstead et Curage mammaire interne.

Ex Histo : Ne montre pas d'atteinte ganglionnaire.

Obs. N° 12

Mme T..., 57 ans, ménopausée, opérée en 1965 pour papillome intra galactophorique du sein gauche, consulte en octobre 1971 pour un écoulement clair au niveau de la première cicatrice. L'examen clinique retrouve une masse dure, mal limitée.

4.11.71 : Incision péri-aréolaire. On retire une assez grande quantité de glande de consistance dure.

Pas d'ablation du sein (Extemporane ininterprétable).

Ex. Histo : Tumeurs Végétantes intra-canaliculaire nombreuses et volumineuses ne présentant pas de caractères histologiques évidents de malignité.

Obs. N° 13

Madame L..., 45 ans, présente depuis 6 ans un Ecoulement séreux du mamelon gauche avec tuméfaction du sein gauche pendant la période menstruelle. Depuis 4 mois l'écoulement est sanglant.

L'examen clinique ne retrouve pas de tuméfaction.

12.4.72 : Dissection du galactophore qui coule. Resection d'un gros cône glandulaire.

Ex. Histo : Ectasie galactophorique sécrétante. Existence dans la portion sous-mammaire d'un canal galactophore du 1^{er} ordre, d'un petit Adénome dendritique en partie infarci et nécrobiosé.

Obs. N° 14

Madame G..., 45 ans, consulte pour un écoulement séreux du sein gauche depuis 1 an. Aucune autre anomalie n'est observée.

Cytologie : Lésion intra-galactophorique papillomateuse très active et proliférative. Lésion frontière ou même véritable carcinome.

Mammo : 3 foyers de microcalcification.

18.06.72 : Mammectomie sous-cutanée gauche.

Ex. Histo : Comédo-carcinome.

Patiente revue en janvier 1975 en parfait état de santé.

Obs. N° 15

Madame L..., 45 ans, consulte en janvier 1972 pour un écoulement sanglant par le mamelon droit. L'examen retrouve une tuméfaction du quadrant supéro-externe, douloureuse.

Cytologie : 3 ponctions faites à 4 mois d'intervalle et un frottis de l'écoulement évoquent une Ectasie ou un Kyste canaliculaire.

Mammo : Dans le prolongement anatomique axillaire du sein droit, il existe une formation polycyclique de grande taille, de caractère Pénoratif.

10.10.72 : Halstead.

Ex. Histo : Carcinome mammaire massif. Existence de foyers métastatiques Axillaire.

Traitement Complémentaire : Irradiation externe.

La malade est revue en juillet 1974 : pas de signes de récidence locale ou de métastase à distance.

Obs. N° 16

Madame R..., 42 ans, consulte pour un écoulement sanglant du sein gauche depuis 2 mois, pendant la période menstruelle.

23.01.73 : Incision radiée qui permet d'enlever le galactophore et le cône de la glande afférent.

Ex. Histo. : Ectasie Galactophorique.

Obs. N° 17

Madame M..., 64 ans, consulte pour un écoulement sanglant du sein gauche. L'examen retrouve une petite masse au quadrant supéro-externe, ainsi qu'un ganglion du paquet axillaire central gauche.

14.2.73 : Halstead et Curage mammaire interne.

Ex. Histo : Carcinome mammaire essentiellement intra-galactophorique à type de comedo-carcinome.

Malade revue régulièrement, bon état local et général.

Obs. N° 18

Madame P..., 78 ans (ovariectomie à 42 ans) consulte en février 1973 pour un écoulement sanglant du mamelon gauche apparu depuis 3 mois.

L'examen ne retrouve pas de tumeur.

Cytologie : Remaniement spumeux de la bordure épithéliale. Lésion présentant une certaine activité. Suspect.

Galacto : Papillomatose intra-ductale. Bénin.

4 mai 1973 : Mammectomie gauche.

Ex. Histo : Carcinome intra-galactophorique non invasif.

Malade suivie régulièrement. Bonne évolution.

Obs. N° 19

Madame G..., 49 ans, consulte pour un écoulement chocolaté au niveau d'un pore à 11 H du sein gauche.

20.7.74 : Galactophorectomie.

Ex. Histo : Ectasie Galactophorique.

Obs. N° 20

Madame J..., 53 ans, consulte pour un écoulement jaune du mamelon droit apparu depuis 2 mois.

18.11.74 : Ablation du canal galactophore et du territoire glandulaire.

Ex. Histo : Ectasie des canaux galactophores.

Ainsi sur 20 observations, nous avons :

9 cas avec Tumeur palpable dont :

- 2 épithéliomas galactophoriques invasifs
- 2 épithéliomas intra-galactophoriques purs
- 1 papillome endo-cavitaire suspect ayant nécessité une mammectomie
- 2 adénomes dendritiques

- 1 Ectasie galactophorique sécrétante associée à 1 Adénome
- 1 cas suspect (obs. n° 6) que nous reprenons :

Dans le cas BISC... (obs. n° 6) remarquons que :

- l'extemporané a été difficile, ininterprétable ;
- chirurgicalement, on a enlevé la terminaison de tous les galactophores ;
- malgré le résultat suspect de l'histologie, nous avons opté pour une surveillance régulière ;
- la récurrence, trois ans après, s'est révélée par une tumeur et non par un écoulement, du fait de l'ablation de la terminaison de tous les galactophores ;
- les examens complémentaires pratiqués pour la récurrence, ont été rassurants, aussi bien la mammographie que la cytologie. Seul un frottis s'est révélé suspect.

A propos des examens complémentaires, nous avons relevé dans notre étude, que les résultats n'étaient pas toujours concordants, et nous sommes amenés, afin de donner à l'anatomopathologiste une pièce à étudier dans de bonnes conditions, à intervenir chirurgicalement. Cette intervention, il va de soi, a pour but aussi et surtout de guérir la patiente, et ce dans la mesure de nos possibilités.

Ainsi dans cette étude, sur 20 observations, on note :

- 2 cas où la cytologie évoque la bénignité, alors que les résultats de la galactographie sont péjoratifs.

Telles sont les obs. n° 2 de Madame T... ;
obs. n° 15 de Madame L... très significative.

Seule l'histologie a pu trancher, ici en faveur de la galactographie.

- 2 cas où la cytologie évoque la malignité, par contre la galactographie se montre rassurante.

L'histologie tranche en faveur de la cytologie.

Telles sont les obs. n° 6 de Madame B... ;
obs. n° 18 de Madame P...

Ces observations, où les résultats des examens complémentaires sont discordants, nous incitent à intervenir afin d'avoir un diagnostic histologique, et ce d'autant plus que les résultats peuvent être rassurants alors que l'histologie révélera un carcinome intra-galactophorique pur ou invasif.

Tel est le cas de Madame Bar..., obs. n° 11.

Dans ce cas, outre l'écoulement sanglant par un pore, les examens clinique et paracliniques pré-opératoires se révèlent normaux. Seule l'histologie a permis le diagnostic.

Certains seraient tentés de penser que l'écoulement sanglant serait à lui seul évocateur de malignité, or dans notre étude :

Madame G..., *obs. n° 14*, ne consulte que pour un écoulement séreux sans autre anomalie clinique, l'histologie diagnostique un Comédo-Carcinome non invasif.

Il est intéressant de noter, à propos de ces 2 cas, que la motivation de la consultation est l'écoulement sans autre anomalie clinique, et que l'histologie est maligne.

Dans notre étude sur vingt observations, nous avons 11 cas sans tumeur palpable dont :

- 5 Ectasies galactophoriques
- 2 Adénomes Dendritiques
- 2 Epithéliomas Intra-Galactophoriques Pura
- 1 Epithélioma Galactophorique Invasif
- 1 Papillome.

Pour le papillome, on note une récurrence, trois ans après son ablation, récurrence bénigne. Toutefois nous pensons que les malades ayant eu un papillome galactophorique, doivent être surveillées régulièrement, car il n'est pas certain que cette lésion n'ait pas une forme évolutive à distance.

Enfin sur 20 écoulements, nous notons que :

- 2 ont un rapport direct avec la période menstruelle
- 1 écoulement sans tuméfaction : Ectasie Galactophorique
- 1 écoulement avec tuméfaction : Ectasie Galactophorique avec Adénome dendritique.

CONDUITE A TENIR

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Dès lors la conduite à tenir devant un écoulement du sein est simple, une règle :

Toutes les malades présentant un écoulement par le mamelon, avec ou sans tumeur palpable, doivent être opérées en vue d'un contrôle histologique et ce, quelque soit le type de l'écoulement et les résultats des examens complémentaires.

Lorsqu'il existe une tumeur palpable, l'exérèse avec examen histologique extemporané s'impose, et éventuellement le traitement d'un cancer du sein.

En l'absence de tumeur palpable, il faut faire l'exérèse du lobe mammaire drainé par le galactophore qui coule.

Technique empruntée au Professeur Robert.

48 heures avant l'intervention, s'abstenir de toute expression du sein.

« On repère, sous anesthésie générale, l'orifice du canal qui saigne. On y introduit un cathéter : crin, fil d'argent ou cathéter à voie lacrymale. Le cathéter s'enfonce très loin : 5 à 8 cm. Puis on trace sur l'aréole une incision en raquette, circonscrivant l'orifice du canal. La zone du mamelon, ainsi isolée, rendue rigide par le cathéter, est disséquée aux ciseaux d'ophtalmologiste jusqu'à la glande. Alors, on taille au bistouri un cône glandulaire ayant pour hauteur le galactophore pathologique matérialisé par le cathéter, pour sommet le fragment de mamelon porteur de l'orifice du canal, pour base la face de la glande en rapport avec le grand pectoral. C'est cette pièce que l'on donne au laboratoire avec un crin dans le galactophore, pour orienter les coupes.

L'hémostase de la glande, le drainage et les sutures ne posent pas de problèmes. La cicatrice cutanée deviendra vite invisible. »

L'examen histologique extemporané ne trouve sa place que dans la mesure où il existe une tumeur palpable associée à l'écoulement. Par ailleurs, c'est un examen délicat parfois ininterprétable surtout si les lésions sont minimales, demandant des coupes multiples ; la pièce est le plus souvent écrasée. Il est donc préférable de faire un examen histologique classique. Les résultats obtenus, 1 à 3 jours après, sont plus sûrs, et ce délai ne grève pas le pronostic.

Dans le cas où l'on pratique une exérèse localisée pour un écoulement, et dont on apprend secondairement par l'histologie qu'il est dû :

— à un Epithélioma intra-galactophorique pur, il faut faire un Halstead ;

— à un Epithélioma galactophorique invasif, il faut faire un Halstead avec curage mammaire interne et une irradiation externe.

Si l'histologie est suspecte après une exérèse localisée, deux possibilités sur la conduite à tenir s'offrent à nous :

— la surveillance régulière, mais nous avons vu avec l'*obs. n° 6* de Madame B... le risque de cette conduite. Trois ans après la première intervention on pratiquait un Halstead pour foyers carcinomateux avec composante galactophorique ;

— la mammectomie totale de prudence.

Nous avons opté pour cette méthode, dans le cas de Madame L..., *obs. n° 3*, où l'histologie a montré, après l'exérèse localisée, un papillome endocavitaire actif, suspect.

Nous préférons avec le Professeur Robert, et contrairement à Pilleron, Durand et Labeta, avoir recours à la mammectomie simple, dans les cas douteux, et ce d'autant plus, comme nous l'avons signalée dans l'historique que « l'écoulement anormal est noté avec une fréquence insolite dans les antécédents lointains des femmes opérées de cancer du sein ».

Si la femme refuse la mammectomie, il faudra une surveillance à vie, aussi bien clinique que radiologique, voire cytologique.

Nous refusons aussi d'avoir recours à la technique opératoire préconisée par la Fondation Curie qui consiste, après incision hémipéri aréolaire, à sectionner en partie ou en totalité les galactophores dans leur partie terminale intra-mamelonnaire, puis en invaginant le mamelon en doigt de gant sur l'index à exciser le galactophore dilaté, bleuâtre, avec un cône de glande correspondant.

En effet, avec cette technique il y a ablation de la terminaison de tous les galactophores, ce qui ne permet plus à un écoulement de s'extérioriser dans le cas d'une atteinte d'un autre galactophore. Nous ne pourrions dépister un galactophore pathologique qu'après la formation d'une tuméfaction (*obs. n° 6*).

CONCLUSIONS

Dans cette étude basée sur les observations faites à la clinique chirurgicale et gynécologique, Centre Broca, nous avons voulu montrer que l'écoulement par le mamelon quoique rare mérite une place particulière dans la pathologie du sein.

Ce symptôme inquiète le plus souvent précocement et amène la malade à consulter. En général, il apparaît spontanément, il est rarement bi-latéral.

Un examen minutieux repère le pore qui coule, recherche une tumeur.

L'écoulement peut être clair, coloré ou sanglant, son intérêt est le même, il nécessite les mêmes examens complémentaires à faire toujours dans le même ordre.

A leur propos, de notre étude, il en résulte que :

— La cytologie du liquide n'est qu'un élément d'orientation, en aucun cas un résultat évoquant la bénignité ne doit rassurer, ni faire arrêter les investigations. En outre, elle est insuffisante.

— La mammographie quoique le plus souvent négative est à demander systématiquement.

— La galactographie apporte de précieux renseignements topographiques.

Nous avons étudié 20 cas d'écoulements unilatéraux, et nous avons :

7 épithéliomas dont :

- 4 épithéliomas galactophoriques invasifs
- 3 épithéliomas intra-galactophoriques purs.

13 cas bénins, dont :

- 3 papillomes
- 4 adénomes dendritiques
- 6 ectasies galactophoriques.

Nous pouvons faire ces remarques :

La fréquence des épithéliomas est plus importante quand l'écoulement est associé à une tumeur palpable.

— Sur 9 cas :

- 3 épithéliomas galactophoriques invasifs
- 1 épithélioma intra-galactophorique pur.

L'absence de tumeur palpable associé à un écoulement ne traduit pas la bénignité.

— Sur 11 cas :

- 1 épithélioma galactophorique invasif
- 2 épithéliomas intra-galactophoriques purs.

Toutes les malades présentant un écoulement sont opérées. Nous préférons avoir recours en l'absence de tumeur à l'histologie classique et non à l'examen extemporané du fait des difficultés de son interprétation. Dans le cas où l'histologie ne peut donner un diagnostic de certitude, nous avons recours à la mammectomie simple, même si elle peut paraître abusive.

— *Vu le Président de Thèse*

H. ROBERT

— *Vu le Doyen de la Faculté*

P. CASTAIGNE

— *Vu et permis d'imprimer*

Le Recteur de l'Académie de Paris

A. HERPIN

BIBLIOGRAPHIE

1 - AMALRIC et Ayme Y.

Intérêt pratique dans la Télérthmographie dynamique dans les carcinomes mammaires

Gaz. Méd. Fr. Oct. 73

2 - ANDRE J.

Ecoulement du Mamelon et Cancer du sein

Thèse Paris 1955 n° 271

3 - ATKINS H., WOLFF B.

Discharge from the nipple

Brit. J. Surg 1964, 51 602-606

4 - AYACH J.-P.

Contribution à l'Etude des Ecoulements sanglants par le mamelon

Thèse Montpellier 1972

5 - AZOT - THIERRE et FAYOLLE

Diagnostic radiologique des Tumeurs non Cancéreuses du sein

Vie Médic. 1967 1097-1108

6 - BARRAT J. et DARBOIS Y.

Le Praticien devant les Mastopathies non Cancéreuses

Vie Médic. Mai 1972 n° 18

7 - BIGOT R. - TAIEB A. et MONNIER J.-P.

La Mammographie

Vie Médic. 29 Sept. 1971/4

8 - BRUX (de) J.

Histoire Naturelle et diagnostic de quelques lésions Mammaires

Rev. Fr. Gyn. 1973, 365-388

9 - BRUX (de) J. et DUPRE-FROMENT

— Panorama des Tumeurs Bénignes du sein

— Cytologie Mammaire

La Vie Médic. 1967 (1043-1052 et 1087 à 1095)

- 10 - **CHAIZE R.**
Contribution à l'étude de la Mamelle saignante
Thèse Lyon 1938 39 n° 137
- 11 - **CORNET J.**
Pathologie du Sein. Ecoulements Mamelonnaires. Mise au point clinique et thérapeutique
J. Méd. Nord Est, Fév. 1973, 10 n° 1, 27-33
- 12 - **CORNILLOT M. - VERHAEGUEM et VALENENBERGUE J.**
La place de l'examen cytologique dans le diagnostic des Tumeurs du sein
Lille Médic. 72. 1957, 503-546
- 13 - **DELBET**
Les épithéliomas dendritiques intra-canaliculaires du Sein
Conc. Méd. 1928, 131, 342-355
- 14 - **FREJAVILLE J.-P., BERTRAND O. et LEBLANC B.**
Un Ecoulement Sanglant du Mamelon
Conc. Médic. 20 Nov. 1971, 93 n° 47, 7658 7662
- 15 - **FUNDERBURK W.W. et SYPHAX B.**
Evaluation de l'Ecoulement par le Mamelon dans les affections bénignes et malignes
Cancer, Déc. 1969, 24 n° 6, 1290-1296
- 16 - **GERARD-MARCHAND R.**
Epithéliomas du Sein au début
Sem. Hôp. Paris 1952, 28, 3118
- 17 - **GORINS**
Les Mastoses
Gaz. Méd. Fr. 1967, 2197
- 18 - **GORINS A. - NETTER A. et PELLISSIER C.**
Ecoulement anormal par l'aréole mamelonnaire
CR. Soc. Fr. Gyn., Fév. 1970, n° 2, 95-100
- 19 - **GROS Ch.**
Les Maladies du Sein
Masson et Coll.
- 20 - **GROS C.M. et COLL**
— Contribution à la cytologie des Ecoulements mammaires
Bul. Féd. Soc. Gyn. obst. 1951, 9, n° 3, 385-389
— Ecoulements Mammaires
Presse Médicale 1965, 73, n° 5, 857-862
- 21 - **HAAGENSEN D. et STOUT A.P.**
The papillary neoplasms of the breast and benign intra-ductol papilloma
Ann. Surg 1951, 133, 18-36

- 22 - **HARTMANN H.**
Les Ecoulements sanguins par le Mamelon
Gaz. Hôp. 1949, 42, 513-514
- 23 - **HENDRICK J.W.**
Intraductal papilloma of the breast
Surg. Gyn. obst 1957, 104, 215-223
- 24 - **HIKLOVA-SERA D. - SERY Z. - ROCEK V.**
Sondage et resection sélective des galatophores dans le diagnostic et le traitement des sécrétions pathologiques du mamelon
Chirurg. Juin 1969, 40, n° 6 278-282
- 25 - **HILLEBRAND H.J.**
Fibro adenoma intra canaliculae phillodes mammae
Langenbecks Arch. Chir. t. 327, 523-527, 1970
- 26 - **HOURTOULLE F.G.**
Conduite à tenir devant un Ecoulement sanglant du mamelon
Gaz. Méd. Fr. 15 Déc. 1969, 76, n° 31, 6327-6331
- 27 - **KRAUS F.T. et NEUBECKER R.D.**
The differential diagnosis of papillary tumors of the breast Cancer (Philad) 1962
- 28 - **LABETA C.**
Les Ecoulements Séreux et Sanglants par le Mamelon sans tumeur palpable
Thèse Paris 1970
- 29 - **LAUMONIER R.**
Cytologie des Tumeurs Mammaires
Séance Soc. Fr. de Cytol. Clin. Juin 1968
- 30 - **LECENE P. et GALTIER H.**
Remarques sur le traitement chirurgical des Tumeurs Végétantes intra-canaliculaires du sein
Jour. de Chir. 1928, 31, 481-496
- 31 - **LEIS H.P. Jr - PILNIK S. - DURSI J.**
Ecoulement du Mamelon
Int. Surg. Mars 1973, 58, n° 3, 162-165
- 32 - **MATHIEU J. - FEROLDI J. et MOUSSELMON J.**
Considérations Anatomo-pathologiques à propos de 46 cas de Mamelles saignantes
Soc. Fr. de Gyn. Mai 1966, n° 5, 36
- 33 - **MERCIER A.**
Contribution à l'étude des Ecoulements Mamelonnaires
Thèse Paris 1958 n° 619

- 34 - **MEROT Y.B.**
De l'Écoulement séreux et sanglant par le Mamelon dû aux adénomes du Sein
- 35 - **MEYER C.**
Conduite à tenir vis-à-vis des seins saignants
Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris 1933, 22, 689-691
- 36 - **MOULONGUET P. - MEROT Y.**
Les Écoulements séro-sanglants par le Mamelon causés par un adénome du Sein
Gyn. obst. 1952, 51, n° 3, 209-216
- 37 - **MOULONGUET P. - ROUSSET J.**
Écoulements sanglants par le mamelon et ectasie généralisée des galactophores
Jour. de Chir. 1934, 43, 488-504
- 38 - **ORCEL L. - DELCOUR M. - GRYNBLAT A. - MARSAN C.**
Les Tumeurs et proliférations végétantes dites endogalactophoriques du Sein
Ann. d'Ana Path. n° 4, Oct.-Déc. 1969, 353-392
- 39 - **PAULUS D.O.**
Nipple discharge in relation to breast disease
Ninth Annual Seminar on Cancer of the Breast Denver (Col) May 70
- 40 - **PILLERON J.-P. - DURAND J.-C. et LABETA C.**
Écoulements par le Mamelon sans tumeur palpable. A propos de 500 cas observés à la Fondation Curie. Etude Anatomo pathologique et indications thérapeutiques
J. chir. (Paris) Oct. 1970, 100, n° 4, 295-314
- 41 - **PUJOL H. et COLL**
A propos de 25 écoulements sanglants par le Mamelon
Montpellier chir. 1972, 18, n° 5, 403-409
- 42 - **REDON H. - MERCIER A.**
La valeur diagnostique des écoulements par le mamelon
Ann. Chir. Juil. 59, 13, 745-749
- 43 - **ROBERT H. - PALMER R. - BOURY-HEYLER C. - COHEN J.**
Écoulements anormaux par le mamelon
Précis de Gynécologie 803-816, Masson et Cie 1974
- 44 - **ROBERT H. et WINAUET D.**
Les écoulements anormaux par le mamelon : problèmes de diagnostic et traitement in "les mastopathies"
XXIII^e Assises Fr. de Gyn. Bordeaux Mai 1965 (Masson)
- 45 - **SAYA R.**
Contribution à l'étude des Écoulements sanglants du mamelon
Thèse Paris 1945 n° 818

- 46 - **SICARD A. - FLABEAU F. - MARSAN C.**
Cytodiagnostic des écoulements séro-sanglants par le mamelon
Presse méd. Janv. 55, 63, n° 7
- 47 - **THIERRE A. - HUBER C. et KALCK F.**
La Galactographie
Gaz. Méd. Fr. n° 33, Oct. 1973, 5367-5377
- 48 - **TREFI T.**
Contribution à l'étude des écoulements mamelonnaires (à propos de 44 observations)
Thèse Lyon 1966, n° 698
- 49 - **TROISIER S.**
Les Ecoulements anormaux par le mamelon
Vie Méd. 1967, 48, 1033-1040
- 50 - **VAUGIER J.**
La Mamelle saignante
Thèse Marseille 1939, n° 32
- 51 - **WILLEMIN A.**
Les Cancers Occultes
Gaz. Méd. Fr. n° 33, Oct. 1973, 5379-5388

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	P. 1
HISTORIQUE	P. 3
ANATOMIE	P. 5
HISTOLOGIE	P. 7
CLINIQUE	P. 9
EXAMENS COMPLEMENTAIRES	P. 11
OBSERVATIONS ET ETUDE STATISTIQUE	P. 13
CONDUITE A TENIR : TECHNIQUE CHIRURGICALE	P. 31
CONCLUSIONS	P. 33
BIBLIOGRAPHIE	P. 35

